

CT検査指示書

紹介元記入	技師側記入		
患者氏名	様	技師名	
生年月日	年 月 日	造影剤	ml
検査日	年 月 日	CDorDVD枚数	枚
依頼医			

検査部位
【頭頸部系】： 頭部・眼窩部・副鼻腔・口腔・頸部
【胸部系】： 肺野&縦隔・肋骨
【腹部系】： 上腹部・上腹部ダイナミック3相・骨盤部・腹部～骨盤
【全身系】： 頸部～胸部・頸部～上腹部・頸部～骨盤・頸部～下肢 胸部～上腹部・胸部～骨盤・胸部～下肢
【脊椎系】： 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・尾椎
【四肢系】： (* 部位を御記入下さい))
【CTAngio】： (* 部位を御記入下さい))
【その他】： (* 部位を御記入下さい))

検査目的	* 臨床情報・病態情報・特別指示・左右など御記入願います
-------------	------------------------------

撮影条件	【造影の有無をお知らせ下さい】 単純のみ・単純&造影 * 造影剤は当院指定の薬剤となります。
技師側に一任して頂ける場合は下記の「撮影条件おまかせ」の□に✓を入れて下さい。 また、撮影条件に指定がある場合は右の「自由記述」欄に御記入下さい。	自由記述
撮影条件おまかせ <input type="checkbox"/>	
* 現在、当院CTのスライス厚は5mmがルーチンとなっております。	